「益城町産後ケア事業業務」の受託の応募申請書

令和　　年　　月　　日

益城町長　様

住所

名称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（契約を締結する場合の契約者について御記入ください）

「益城町産後ケア事業業務の受託」について、次のとおり応募申請します。

＜事業の概要＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 担当者の  　　　 ふりがな  所属・氏名 |  | 直通  連絡先 | 電話 |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ |
| 従事者数（人） | 資格等も記入してください（保健師1人、助産師1人、看護師1人など） | | |
| 管理者の  ふりがな  職・氏名 |  | | |
| 連携体制にある  医療機関 | 当該施設が医療機関でない場合は記入してください | | |
| 実施するサービスの種別 | ○をつけてください  １ 訪問型　　　２ 日帰り型　　　３ 宿泊型 | | |
| 設備設置状況 | 「日帰り型」又は「宿泊型」を実施する場合は、実施施設の図面及び写真（※）を添付してください。（※）写真必要箇所：「宿泊型」居室・カウンセリング室・乳児の保育室、「日帰り型」産後ケアを提供する居室 | | |
| e-mailアドレス |  | | |
| 施設から  利用者への  お知らせ | 益城町の「ホームページ」などに掲載し周知する「利用者へのお知らせ」を記入してください。（例えば、受け入れ可能な乳児の月齢など。）※７０文字以内 | | |
| 備考 |  | | |